

Septembre 2009

Editorial

Cette rentrée 2009 est marquée, en outre, pour les infirmiers par l'instauration du nouveau programme d'étude et par l'appel à cotisation à l'ordre infirmier. Ces 2 points ont déjà fait couler beaucoup d'encre :

- Le programme, pour tous les espoirs qu'il a suscité et pour toutes les déceptions qu'il engendre déjà. Certes les infirmiers accèdent enfin à un grade universitaire, mais avec un contenu de formation moins riche d'une part et surtout un mode de validation de la formation par les terrains de stage qui s'annonce plus qu'hasardeux.

- L'appel à cotisation pour l'ordre infirmier dont le montant a scandalisé la majeure partie de la profession, (déjà peu acquise à la mise en place de cette nouvelle instance) et même les plus convaincus.

L'ordre aura un nombre considérable d'affaires à résoudre et à gérer (politiques, juridiques, humaines, pratiques), les obligations minimales d'investissement et de fonctionnement qu'exigent, à la fois, les missions légales et la promotion collective : construction et gestion du plus grand tableau ordinal français, organisation des juridictions professionnelles, expertises et avis argumentés pour le gouvernement, la Commission européenne, la HAS.... Pour ne pas faire preuve d'amateurisme et d'impéritie (maladresse), l'OI aura besoin de l'assistance d'un certain nombre de professionnels qualifiés: informaticiens, juristes, professionnels de la communication, gestionnaires compétents, prestataires spécialisés.

On peut se demander pourquoi la profession doit assumer toutes les insuffisances des tutelles et de l'Etat ?

Gageons qu'avec ces moyens la profession infirmière acquiert enfin indépendance et crédibilité et qu'elle soit un acteur reconnu dans l'ensemble du paysage de la santé français et européen.

Nous formulons le vœu qu'au sein de l'OI les infirmiers anesthésistes trouvent reconnaissance et soutien à hauteur de leur compétence et de leur investissement dans les établissements de santé..

Bonne reprise à tous
 Marie-Ange SAGET

- ◆ La check list « sécurité du patient au bloc opératoire »
- ◆ Organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré hospitalière
- ◆ Arrêté du 21 juillet 2009 – HPST
- ◆ Arrêté du 31 juillet 2009 – DEIA
- ◆ Arrêté du 31 juillet 2009 – Institut de formation
- ◆ Assurance professionnelle

La check list « sécurité du patient au bloc opératoire »

La forme française de la check-list de l'OMS, dont le premier document figurait dans le bulletin précédent est finalisée. Cette Check-list s'inscrit dans les évolutions organisationnelles et comportementales inscrites dans les projets d'établissement visant à promouvoir la « culture sécurité » au bloc opératoire.

Elle est l'aboutissement d'un travail mené en concertation avec les professionnels et les usagers autour du manuel de certification et sera exigible dès le 1^{er} janvier 2010 dans le cadre de la certification des établissements de santé.

Elle vise à diminuer le taux de complications après une intervention chirurgicale.

Cette check-list reprend 10 points essentiels devant être vérifiés pour toute intervention, avant l'anesthésie, avant et après l'opération : de la vérification de l'identité du patient à sa prise en charge postopératoire.

Concrètement, un des membres de l'équipe

chirurgicale renseigne les différents points à vérifier de la check-list en présence de tous et avec l'accord du patient. Notamment, l'intervention et le site à opérer sont confirmés (dans l'idéal par le patient). L'installation du patient et le matériel nécessaire pour l'intervention sont vérifiés, ainsi que l'existence de risques allergiques, etc....

Une vérification ultime de tous ces points

« Elle vise à diminuer le taux de complications après une intervention chirurgicale »

avant l'acte chirurgical est faite au sein de l'équipe. Après l'opération, une confirmation orale du compte final correct des instruments, aiguilles, compresses est effectuée ; l'étiquetage correct des prélèvements est fait et annoncé.

La check-list est un support pratique qui

doit permettre de faire progresser la culture de la sécurité du patient au bloc opératoire.

C'est un outil de partage de l'information au sein de l'équipe permettant d'effectuer, de manière croisée, les vérifications ultimes.

La majorité des informations devront être recueillies auprès du patient avant l'anesthésie. C'est pourquoi la Check-list concerne les médecins et infirmiers anesthésistes au premier chef.

Etant donné l'importance du document nous vous le présenterons avec les différentes recommandations et documents qui l'accompagnent dans le bulletin du 4^e trimestre.

Vous pouvez consulter dès maintenant le site de l'HAS (Haute Autorité de Santé) www.has-sante.fr, documents « La check list « sécurité du patient au bloc opératoire » et « Manuel de certification des établissements de santé V2010 »

ORGANISATION DE LA REPONSE AMBULANCIERE A L'URGENCE PRE - HOSPITALIERE

REFERENTIEL COMMUN SAMU - TRANSPORT SANITAIRE

Publié le 9 avril 2009

Ce référentiel précise le dispositif d'organisation des transports sanitaires, mis en place pour répondre à l'urgence pré hospitalière et a été publié dans un arrêté du 05/05/2009.

Il a pour objectif de définir la collaboration entre SAMU et transporteurs sanitaires. Si la régulation médicale des appels reste assurée par un médecin, il positionne la participation des transporteurs sanitaires (ambulanciers privés) dans la prise en charge des urgences pré hospitalières, contribuant ainsi au maillage du territoire. Une démarche qualité est assurée sur la base d'une traçabilité.

Le traitement des appels.

L'appel peut parvenir :

- soit au centre 15 qui peut aussi envoyer un ambulancier privé
- soit directement à l'association des transports sanitaires d'urgence qui déclenche un moyen ambulancier et prévient le centre 15.

Organisation de la permanence des transporteurs sanitaires pour les urgences hospitalières

L'organisation de la prise en charge des urgences pré hospitalières repose sur trois piliers :

- l'organisation d'une permanence ambulancière
- la mise en place d'un coordonnateur ambulancier
- et la nature des moyens dédiés à ces urgences.

Dans un souci de réactivité et de qualité de la prestation délivrée, les transporteurs sanitaires s'organisent pour assurer une permanence ambulancière 24 heures sur 24. Un tableau de garde selon les secteurs de garde et la localisation des véhicules sont définis.

Mise en place d'un coordonnateur ambulancier

Le coordonnateur ambulancier est mis à disposition par les professionnels des transports sanitaires 24h/ 24. Il est l'interlocuteur unique du SAMU-Centre 15 pour les urgences pré hospitalières nécessitant le recours à une entreprise de transports sanitaires. Il est localisé au sein du SAMU-Centre 15, ou au sein d'une plate-forme logistique hors du SAMU. Sa mise en place fait l'objet d'une convention.

Les missions confiées au coordonnateur visent à faire diminuer le nombre d'indisponibilités ambulancières, de s'assurer de la présence d'un ou plusieurs véhicules de la catégorie adaptée au territoire concerné, de permettre la traçabilité de l'activité des ambulanciers et d'assurer la gestion des horaires et le suivi opérationnel de l'intervention.

Ces missions sont :

- faire respecter les bonnes pratiques des transports sanitaires urgents : formaliser la prise en charge et le bilan de l'ambulancier

- veiller à l'établissement du bilan clinique formalisé, remis avec l'éventuel dossier médical du patient.

L'annexe 1 présente les éléments administratifs et cliniques à recueillir pour chaque patient pris en charge

- Les données administratives « standard » sont transmises au coordonnateur ambulancier par l'équipe ambulancière qui réalise la mission et remises au service d'accueil du patient comme première partie du document de bilan.

- Le bilan clinique du patient est plus intéressant :

Ce document, établi par l'équipe ambulancière, est

transmis au SAMU-Centre 15 et remis au service d'accueil du patient. Il comporte les éléments suivants :

1) Principaux antécédents médicaux.

2) Analyse circonstancielle de l'intervention :

- Intervention demandée par le Samu (Oui / Non)
- Médecin présent sur les lieux et son identité
- Documents pris sur place (dernière ordonnance, courrier de Médecin, dossier médical, autre (à préciser)).

3) Analyse des fonctions vitales avec principaux paramètres :

- **Conscience** (score de Glasgow)
- **Ventilation** : fréquence, cyanose, sueurs, saturation en oxygène (SpO2) (si disponible) ;
- **Circulation** : pouls, tension artérielle

4) Description des signes cliniques présents à la prise en charge :

- Vomissements, céphalées, fièvre, douleur, (localisation, intensité, heure de début), autres...

5) Lésions traumatiques : en précisant le segment de membre concerné, le type de lésion, douleur, déformation (fracture, entorse, luxation, section ...)

- Brûlure, plaie, présence d'un saignement actif ou non, de troubles de la sensibilité.

6) Prise de toxiques (alcool, médicaments, drogues) - Nom du ou des produits suspectés(s) et présentation, quantité supposée ingérée, heure d'ingestion...

7) Menace d'accouchement : Eléments en rapport avec la grossesse en cours permettant le calcul du score de Malinas pour évaluer la probabilité d'accouchement avant l'arrivée à destination ;

- Parité, date prévue du terme, début des contractions (< 3 heures, 3 à 5 heures, > 6 heures) ;
- Durée d'une contractions (< 1 minute, 1 minute, > 1 minute), intervalle entre 2 contractions (> 5 minutes, 3 à 5 minutes, < 3 minutes) - Perte des eaux (non / oui / récente, oui depuis plus de 3 heures) - Envie de pousser (oui / non) - Maternité assurant le suivi habituel.

8) Conditionnement mis en oeuvre par les ambulanciers - Contention - Oxygénothérapie : Mode d'administration (inhalation, insufflation) ; Débit.- Massage cardiaque externe (MCE) - Utilisation du défibrillateur automatisé externe (remplir également la fiche nationale).

9) Evolution au cours du transport - Mesure régulière des principaux paramètres - Niveau de conscience, pouls, pression non invasive, fréquence respiratoire, symptômes (vomissements, douleur)

Pour le SNIA, le contenu de ce document est confondant. Le bilan ainsi décrit, relève de compétences de professionnels formés, médecins, infirmiers, sages-femmes... Une capacité à faire ce type d'évaluation n'est même pas reconnue aux aides-soignants dans les services de soins...

Qu'une telle organisation sous la responsabilité d'ambulanciers du secteur des transports privés, réponde à la problématique de désertification médicale et en professionnels de santé sur des pans entiers de notre territoire, mêmes proches des grandes agglomérations dont même la région parisienne peut être séduisante... et qu'elle aille dans le sens de la toute nouvelle loi HPST, nous n'en doutons pas !

Mais, répond-elle réellement à un objectif d'amélioration de la qualité des soins ? Quid des responsabilités en cas de problèmes ?

L'Arrêté du 10 février 2009 fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectés aux transports sanitaires terrestres, s'il précise les normes opposables en matière d'équipement des véhicules de catégorie A de transport sanitaire, ne dit rien en revanche sur la constitution des équipages.

Alors nivellement par le bas ?

Déréglementation ?

Un ambulancier seul pourra-t-il assumer un tel type de transport et de surveillance du patient ? A-t-il les compétences pour transmettre un tel bilan et assurer un tel type de surveillance ? Rien n'est moins sûr !! Il nous semble que ce référentiel va au-delà des compétences du secouriste de base !

Les ambulanciers seront amenés à faire des diagnostics jusque là réservés aux seuls médecins, à enclencher des mesures thérapeutiques sans connaissances de la conséquence de leur action. (Oxygène à haut débit chez un insuffisant respiratoire, massage cardiaque intempestif entraînant des fractures de côtes...)

Ce texte a la bénédiction de Madame la ministre Roselyne Bachelot-Narquin, il est donc tout à fait officiel. Certes, il n'est pas un texte réglementaire au sens strict du terme mais opposable par le juge en cas d'accident. Sa portée est considérable. Quelle formation sur le tas sans support cognitif permettra d'évaluer le seuil de risque d'une situation critique ? Ceci n'est pas dit dans le texte. Les ambulanciers privés font partie intégrante pour le député Ginesta du « corps médical » (abus de langage,

ou confusion volontaire des genres).

Que recherche les pouvoirs publics en créant une telle organisation ? La réponse figure dans l'audition par les députés Ginesta et Mariani du docteur Marc Giroud directeur du SAMU de Pontoise et président des SAMU de France, « **diminuer le coût de la médecine d'urgence** ».

Le docteur Giroud indique que la coopération SAMU – Pompiers fonctionne bien. Seule la présence nouvelle d'infirmiers dans les unités de pompiers génère des doublons. En revanche, la coopération pompiers - ambulanciers privés (ceux-ci échappent en fait à tout contrôle, sorte d'électrons libres) est considérablement plus compliquée. Le Dr Giroud indique que le financement pervertit le système. L'ambulance pompier est gratuite et l'ambulance privée est payante et le délai d'intervention est plus court par les pompiers.

Le Dr Giroud propose de conserver le système français des SAMU et un système national de transport monobloc de type anglais qui englobe tous les modes et moyens de transports sanitaires. Dans cette audition du docteur Giroud par la commission des finances et de l'économie il n'est pas fait état du référentiel, il n'était publié à cette date (mars 2009).

*A l'analyse des deux documents, on voit que la France cherche à mettre en place un système type « paramedic américain » mais sans la qualification des différents intervenants, alors que la formation des infirmiers et des IADE correspond parfaitement à ces situations. **Attention à notre propre déqualification par ce biais !!!***

Ce texte ne peut pas être attaqué devant le Conseil d'Etat. Nous demandons à l'Ordre national infirmier de se prononcer dans les meilleurs délais et nous allons demander l'avis d'un juriste spécialisé dans le droit de la santé avant d'agir.

Références : Organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré – hospitalier - référentiel commun SAMU - transports sanitaires - Publié le 9 avril 2009.

Commission des finances, de l'économie générale et du Plan – Mission d'évaluation et de contrôle Services départementaux d'incendie et de secours – 12 mars 2009

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients et aux territoires (dite loi H PST)

Titre 1^{er} « Coopération entre professionnels de santé »

Art. L. 4011-1 à 4011-3 « *Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopérations ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis ...le patient en est informé...»*

Ces protocoles obéissent à une procédure : l'ARS vérifie que le protocole

correspond un besoin de santé constaté avant de le soumettre à la Haute Autorité de Santé pour validation. Celle-ci peut étendre son application et à terme la faire entrer dans le programme de formation de la profession considérée ou y mettre fin. Les professionnels doivent s'engager pour appliquer ce protocole. Le patient doit être informé.

L'objectif de cet article consacre le transfert de compétences médicales à des infirmiers dans le seul but de palier au déficit de médecins ; voir les expériences actuelles en diabétologie ou en neurologie... Il donne corps au concept de pratiques avancées.

Le risque est de créer un corps d'élite dans la profession infirmière ou de donner des responsabilités à titre transitoire dont la reconnaissance ne se fera pas dans les faits tant en terme de déroulement de carrière que de rémunération. (Voir le bulletin SNIA n° de mai 2009).

Par ailleurs, en lien avec l'article précédent sur l'organisation de la médecine d'urgence en France, les expérimentations sauvages comme celles de Toulon et bien d'autres d'ailleurs, trouveront là le moyen d'être totalement légalisées !

L'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au

diplôme d'Etat d'infirmier a été publié au J.O. du 7 août 2009. Il devient la référence pour la profession infirmière.

Les principales modifications :

En introduction le texte fait référence aux règles en vigueur dans l'enseignement supérieur universitaire pour la construction de ce nouveau programme de formation. La réforme du programme est distincte de la réforme LMD, mais elle est parfaitement compatible. Le nouveau DE ne donne pas une Licence, mais un grade de Licence. A ce titre une partie de la formation sera délivrée par des enseignants universitaires.

Il est recommandé aux IFSI d'intégrer des enseignements universitaires dans les domaines suivants : Sciences humaines et droit, Sciences biologiques et médicales, Sciences des techniques infirmières (initiation à la démarche de recherche).

Ce nouveau texte prévoit explicitement des passerelles pour : les sages-femmes, les médecins, les étudiants en médecine, les masseurs-kinésithérapeutes DE, les ergothérapeutes DE, les pédicures-podologues DE et les manipulateur en électroradiologie médicale.

Le titre III présente des modifications majeures du programme de formation : l'approche par les compétences, l'organisation des contenus en unités d'enseignement, la notion de six semestres, l'introduction d'un portfolio, une

nouvelle répartition des stages et de nouvelles mesures d'encadrement, l'introduction de l'anglais et de l'informatique, l'attribution des crédits européens (ECTS), il faut 180 ECTS pour obtenir les DE infirmier

Les 10 compétences infirmières retenues seront acquises par validation des unités d'enseignements correspondants. Certains éléments seront évalués en stage ; certains des actes, activités et techniques de soins le seront soit en stage soit en institut.

L'évaluation utilise soit le contrôle continu ou l'examen terminal soit les deux combinés.

L'encadrement en stage est complètement redéfini et il inclut une étroite collaboration entre l'institut de formation et le terrain de stage.

L'étroite collaboration entre l'institut de formation et les terrains de stages, tous les professionnels de terrains, que nous sommes, en rêvent depuis fort longtemps, mais la mise en application déjà décrite dans le programme précédent n'a jamais pu être partout réalisable. Le regroupement d'hôpitaux, la création des pôles, l'amplification du travail intérimaire, les restrictions de personnel risquent de compromettre gravement l'investissement de chaque infirmier pour la formation des étudiants. Pourtant la « culture de formation par les compétences » en situation de travail se fait depuis des lustres pour l'apprentissage de toutes les professions de santé, très riches en stages. Mais le mode de traçabilité et de validation par l'intermédiaire du portfolio, paraît d'une complexité extrême. Ne perdons pas le bon sens dans la mise en œuvre de ce nouveau programme. Restons vigilant car notre spécialité sera très bientôt concernée !

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation

préparant aux diplômes d'infirmier, infirmier de bloc opératoire, **infirmier anesthésiste**, puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales, cadre de santé et aux agréments de leur directeur. (Bulletin officiel du 15 août 2009 page 384)

Les missions : formation initiale des professionnels pour lesquels l'institut est autorisé, la préparation au concours, la formation continue, documentation et recherche d'intérêt professionnel.

Intégration dans le système LMD : convention avec l'université « on note ici que le niveau dans le LMD de chaque école n'est pas défini par institut, le niveau sera du ressort de l'université »
Lorsque le nombre d'instituts par filière professionnelle ne permet pas un

conventionnement direct

avec l'université, ils se regroupent sous forme **de groupement de coopération sanitaire**.

Le directeur conserve ses responsabilités au sein de l'institut. « **Pour être agréé il doit être titulaire d'un titre permettant l'exercice de l'une des professions visées par le présent arrêté** ».

Cette phrase fait débat. Elle peut laisser croire qu'il ne serait pas nécessaire d'être titulaire du diplôme de la filière considérée, ainsi un laborantin ou un

pédicure podologue pourrait diriger une école d'IADE. Ceci est la crainte des directeurs actuels, elle est justifiée dans le contexte actuel. L'autre point de vue est que le rédacteur, veut répondre à l'esprit général du texte, dans lequel des groupements de coopération sont envisagés et couvrir ainsi tous les cas de figure. Il serait souhaitable que le ministère clarifie ce point soit dans une circulaire ou une lettre directive précisant les circonstances dans lesquelles un directeur pourrait ne pas être issu de la filière concernée par l'institut pour le diriger afin d'éviter toute dérive.

Il est rappelé que les instituts de formation sont toujours agréés par le président du conseil régional qui sollicite l'avis des autorités concernées.

L'ensemble du reste du texte n'introduit pas de données nouvelles.

EST-IL NECESSAIRE DE PRENDRE UNE ASSURANCE PROFESSIONNELLE ?

Responsabilité civile

Les fautes et erreurs professionnelles n'arrivent pas qu'aux autres. Une infirmière suspendue au Havre après la mort de prématurés. Une autre est interdite d'exercice à Mérignac pour une erreur de distribution de médicaments ... Avec la surcharge de travail, la réorganisation des services, cela peut arriver à tous. Devant le tribunal pénal votre employeur ne peut pas tout. L'assurance professionnelle vous offre une assistance juridique et au besoin un avocat.

Protection juridique

Conflit avec votre employeur, hôpitaux, clinique, médecins : permanences sur place payées en astreintes, non reconnaissance en accident de travail d'une lésion, frais de déménagement non versés, passage abusif en conseil de discipline, réquisition abusive... là vous serez seul devant le tribunal administratif ou civil, un avocat spécialisé vous sera indispensable pour rédiger le recours et vous assister.

Le SNIA propose une assurance à ses adhérents indépendante de celle des médecins !

« IADE , ASSUREZ VOUS »